UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949 N° 45

Contribution à l'Étude des Mégarectums

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

soutenue publiquement en Juin 1949

par

ROGER SARRAU

Né le 30 Septembre 1924 à Castelsarrasin (T.-et-G.)

Jury..... MM. VIRENQUE, *Président.*
FABRE, DIEULAFÉ, DARNAUD *Assesseurs*
GRIMOUD, *Suppléant.*

MONTAUBAN

IMPRIMERIE FORESTIÉ

23, Rue de la République

1949

Roger SARRAU

Contribution à l'Etude des Mégarectums

Montauban, Imprimerie Forestié

1949, in-8° (44 pages)

(Thèse Médecine - Toulouse - N° 45)

Roger SARRAU

Contribution à l'Etude des Mégarectums

Montauban, Imprimerie Forestié

1949, in-8° (44 pages)

(Thèse Médecine - Toulouse - N° 45)

Roger SARRAU

Contribution à l'Etude des Mégarectums

Montauban, Imprimerie Forestié

1949, in-8° (44 pages)

(Thèse Médecine - Toulouse - N° 45)

Roger SARRAU

Contribution à l'Etude des Mégarectums

Montauban, Imprimerie Forestié

1949, in-8° (44 pages)

(Thèse Médecine - Toulouse - N° 45)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	LEFEBVRE.
Assesseur	BRUSTIER.
Doyens honoraires	CALVET.
	GORSE.

Professeurs honoraires

MM. RISPAIL, MERIEL, RIBAUT, ARGAUD, LAFFORGUE, SERR. GARIPUY.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique de neurologie et psychiâtrie	RISER. TAPIE.	Pharmacie	CAUJOLLE
Clinique médicale	ROQUES.	Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL.
Clinique obstétricale	GUILHEM.	Bactériologie — Hygiène — Médecine sociale	ANDRIEU.
Physiologie	SOULA.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE.
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING.	Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Physique biologique et médicale.	BUGNARD.	Matière médicale	VINCENT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Chimie et toxicologie	BRUSTIER.	Anatomie pathologique	FABRE (J.)
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL.	Clinique oto-rhino-laryngologique et maxillo-faciale	CALVET.
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE.	Clinique ophtalmologique	CALMETTES.
Anatomie	VALLOIS. LAZORTHES	Chimie biologique	VALDIGUÉ.
Histoire naturelle	DELAS.	Médecine légale et médecine du travail	PLANQUES.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R).	Histologie et embryologie	BROUSSY.
		Médecine sociale	BONHOURE.

PROFESSEURS SANS CHAIRES

Physiologie	M. BAISSET.	Anatomie	COULOUMA.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie	PAULHÈS ch. de f.	Chirurgie	GRIMOUD. RIEUNAU. DIEULAFE. DAMBRIN (P.).
Histologie	BIMES ch. de f.		
Médecine	GADRAT. DARNAUD. GERAUD. DARDENNE. LAPORTE (J.)	Obstétrique	Pontonnier ch. de f.
		Ophtalmologie	DEODATI.
		Physique médicale	MARQUES.
		Chimie générale pharmaceutique.	BLANC.
		Histoire naturelle pharmaceutique	Mme Dulucq Mathou
		Odonto-Stomatologie	CADENAT.
		Pharmacie	COUTURIER

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM.	Clinique de la tuberculose	MOREL (L.). P. DAMBRIN.
Cours d'anat. physiol. et pathol. élém. aux élèves sages-femmes.	GUILHEM.	Parasitologie	LASSERRE.
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P).	Botanique et cryptogamie	Mme Dulucq-Mathou
Chimie biologique	VALDIGUIE.	Chimie analytique	BLANC.
Chimie minérale	BLANC.	Hydrologie et géologie	ASTRE.
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT.	Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS.
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX.	Médecine Sociale et du Travail.	BONHOURE.
Législation pharmaceutique	BOUISSET.	Pharmacodynamie	BONHOURE.
Microbiologie	BOUISSET.	Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
		Urologie	LHEZ.
		Ophtalmologie	DEODATI.
		Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
		Clinique O. R. L.	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté ..... ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 Mai 1891).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1949 N° 45

Contribution à l'Étude des Mégarectums

THÈSE

pour le Doctorat en Médecine

(Diplôme d'Etat)

soutenue publiquement en Juin 1949

par

ROGER SARRAU

Né le 30 Septembre 1924 à Castelsarrasin (T.-et-G.)

Jury..... MM. VIRENQUE, *Président.*
FABRE, DIEULAFÉ, DARNAUD } *Assesseurs*
GRIMOUD, *Suppléant.*

MONTAUBAN

IMPRIMERIE FORESTIÉ

23, Rue de la République

1949

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548915_0041

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Le présent travail représente pour vous l'aboutissement de longs sacrifices. Je vous le dédie ; bien modeste témoignage de reconnaissance et de profond amour filial.

A MA FEMME

A MA FILLE

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile et d'Orthopédie

qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici le témoignage de notre éespectueuse reconnaissance.

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE FABRE

Professeur de Clinique des maladies des voies urinaires

Chevalier de la Légion d'Honneur
dont l'enseignement nous fut si précieux au cours de notre stage d'urologie.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFÉ

Professeur agrégé à la Faculté

qui nous a donné le sujet de cette thèse et a bien voulu nous guider de ses conseils.
Qu'il trouve ici le témoignage de notre reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR DARNAUD

Professeur agrégé à la Faculté

MONSIEUR LE PROFESSEUR GRIMOUD

Professeur agrégé à la Faculté

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

AUX CHEFS DE SERVICE
DE L'HOPITAL DE MONTAUBAN

Je tiens à les remercier de l'accueil qu'ils m'ont réservé et de la confiance qu'ils ont bien voulu m'accorder.

A MES CAMARADES D'INTERNAT
DE L'HOPITAL DE MONTAUBAN

Contribution à l'Etude des Mégarectums

Introduction

Dans le cadre des méga-organes (colon, œsophage, vessie) il est une affection qui présente une importance et un intérêt particulier tant au point de vue symptomatique que thérapeutique : il s'agit de la dilatation de la partie terminale de l'intestin : le rectum.

C'est une affection plus fréquente qu'on ne le croit communément. Boppe évalue la co-existence de mégarectum associé au mégacolon à 15 ou 20% des cas observés. Or, il n'est pas besoin d'insister sur la fréquence des dilatations du gros intestin, qu'elles soient idiopathiques ou fonctionnelles. D'autre part, R. Bensaude écrivait dans son « Traité d'endoscopie » : « La participation du rectum à la dilatation du colon est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit d'ordinaire. Sans faire des recherches approfondies, nous avons pu relever quatorze cas de mégacolons dans lesquels une partie du rectum était prise dans la dilatation ». Ch. Clavel, également, nous dit : « Je signale la fréquence assez grande du mégarectum non pas isolé, mais associé au mégacolon sigmoïde ».

Nous établirons successivement une classification des différents types étiologiques de mégarectums, nous étudierons brièvement les moyens qui nous permettront de faire le diagnostic de cette affection et enfin nous rechercherons la thérapeutique à employer, à la lumière des observations recueillies.

Classification des Mégarectums

I. Le Mégarectum isolé existe-t-il ?

La première question est de savoir s'il existe une dilatation isolée du rectum, ne s'accompagnant de la co-existence d'aucune autre malformation au niveau d'autres organes.

Le Professeur Bard, de Genève, en 1910, a été le premier à attirer l'attention sur la dilatation isolée du rectum. Il rapportait en effet, une première observation dans la « Semaine Médicale » de Novembre 1910, dont voici le résumé :

« Il s'agissait d'un homme de 48 ans, qui avait présenté pendant toute son existence une légère constipation qui ne s'accompagnait d'aucun autre trouble, si ce n'est un abdomen un peu volumineux. Le sujet, hospitalisé pour une affection pulmonaire, succomba dans un « syndrome cholériforme » à la suite d'une administration d'huile de ricin. L'autopsie révéla alors la présence d'une tumeur énorme occupant les deux tiers de l'abdomen, remontant jusqu'au niveau du diaphragme et due à une dilatation rectale considérable. Le colon, le cœcum et le reste de la masse intestinale étaient absolument normaux. Il ne s'agissait, ici, d'un cas de mégarectum d'origine congénitale, se rattachant aux dilatations idiopathiques, c'est-à-dire développé en dehors de tout obstacle mécanique susceptible de le déterminer. Le rectum était dilaté dès son origine à l'anus, sans aucun rétrécissement ni déformation de celui-ci ; « il n'y avait pas de spasme du sphincter comme on peut en rencontrer chez les enfants ; il n'y avait ni bride, ni coudure, ni allongement anormal créant un obstacle au cours des matières ».

Plus récemment, Bard citait le cas d'un autre mégarectum,

où il put faire le diagnostic. A l'encontre du précédent, il était caractérisé essentiellement par de la diarrhée ; il s'agissait d'un homme de 45 ans, entré à l'hôpital pour « diarrhée incoercible ». Les médecins qui l'avaient soigné avaient pensé soit à une tuberculose intestinale, soit à un néoplasme. Le malade présentait 6 ou 7 selles par 24 heures, sans coliques ni douleurs. Les selles étaient grisâtres, « en purée », plutôt que vraiment diarrhéiques ; elles ne présentaient pas d'hémorragies ni apparentes ni occultes. La diarrhée était constante, uniforme, sans aucune période de constipation, sans débâcles par conséquent. L'abdomen était assez volumineux, rénitent ; la percussion révélait de la sonorité tympanique sur le trajet du gros intestin surtout ; on ne sentait aucune tumeur. Le malade émettait des gaz souvent. Un interrogatoire serré permit de constater qu'il avait toujours présenté une fréquence anormale des selles (4 par jour en moyenne). Le toucher rectal décela une dilatation de l'ampoule rectale : « ses parois fuient au contact du doigt qui ne parvient à rencontrer une résistance, bien que sur différents points, il prenne contact avec la muqueuse. En avant, la paroi antérieure n'est pas perceptible ; en retournant le doigt en arrière et en le recourbant, on constate que le rectum forme un cul-de-sac repoussant le périnée de telle sorte que le niveau du fond est un peu plus bas que le bord supérieur du sphincter. « L'examen radiographique après lavement baryté, montra un rectum très large, remplissant le petit bassin, et présentant à sa partie supérieure une légère inflexion ; le sigmoïde et le colon étaient normaux. Bard insistait sur le fait qu'il ne s'agissait pas de diarrhée mais de « pollakicoprose » (fréquence des selles) : ce qu'il démontra t par l'épreuve du carmin, explorant ainsi le transit intestinal.

A la séance de la Société de Chirurgie du 21 Octobre 1932, Raymond Bonneau relatait l'observation d'une malade qui présentait un mégarectum avec malformation des ligaments utéro-sacrés : il s'agit d'une jeune femme de 26 ans qui avait présenté un accouchement normal, puis une fausse couche spontanée de deux mois. Depuis lors, « la malade a la sensation nette que son ventre est devenu très volumineux ». L'interrogatoire ne révèle rien d'anormal si ce n'est une légère

constipation qui cède facilement aux laxatifs légers. L'abdomen est souple, indolore, nullement météorisé. Le toucher vaginal permet de constater que le col est normal, le corps de volume normal en antéposition accentuée et inclinaison sur la droite. Mais à gauche, le cul-de-sac latéral et la motié gauche du cul-de-sac de Douglas sont remplis par une grosse masse, molle, bosselée, irrégulière, indolore, assez peu mobile ; une sorte de ligament, épais comme un crayon, part de la face postérieure de l'utérus pour se perdre en arrière et à gauche sur les parois de l'excavation pelvienne et cravate la tumeur. On pose le diagnostic de tumeur polykystique du ligament large, bridée par une bande fibreuse cicatricielle. Le toucher rectal était resté négatif. On pratique une laparotomie : celle-ci révéla une tuméfaction repoussant en avant et à droite le fond de l'utérus, et qui n'était autre que la partie haute du rectum, qui, malgré sa vacuité, était d'un calibre considérable. Les parois étaient épaissies et de coloration blanc bleutée. Ce mégarectum se continuait insensiblement avec un S iliaque absolument normal. Le fond du cul-de-sac de Douglas se présentait comme une très large cuvette arrondie. Les côtés en sont les parois pelviennes elles-mêmes, et, à la place des deux replis falciformes des ligaments utéro-sacrés on constatait : à gauche un énorme ligament partant de l'isthme utérin et se portant sur le bord latéral du sacrum ou il s'épanouissait. Son volume était d'un centimètre de diamètre, et, il soulevait le péritoine rétro-utérin en une faux qui exerçait une pression sur le rectum. Il s'agissait manifestement d'une malformation congénitale. On notait de plus un état de plénitude et de grosseur anormales de toutes les veines pelviennes vues par transparence sous le péritoine.

Toutes les recherches, que nous avons faites dans la littérature, ne nous ont permis de mettre en évidence, que les trois cas de mégarectums isolés dont nous avons résumé les observations. Il semble donc que le mégarectum existe rarement à l'état seul. Mais nous allons voir que c'est une affection que l'on rencontre fréquemment associée à d'autres malformations des diverses parties du colon.

II. — Mégarectum et maladie de Hirschprung.

Hirschprung, le premier, en 1890, dans un mémoire qui résumait des travaux antérieurs, définissait le mégacolon sous le terme de « dilatation idiopathique du colon ». Au cours de ces augmentations de volume considérables qui peuvent atteindre simultanément le cœcum, toutes les portions du colon, l'anse sigmoïde, on peut noter fréquemment la co-existence d'un mégarectum. Hirschprung considérait le mégacolon comme une affection congénitale. idiopathique, d'origine embryonnaire. Elle co-existe assez souvent avec d'autres malformations congénitales du tube digestif telles que des hernies. Elle serait à rapprocher d'autres anomalies qui consistent en une hypertrophie des fibres annulaires musculaires telles que méga-œsophage, ou méga-uretere. C'est une affection qui peut prendre un caractère familial ; elle n'est jamais consécutive à une sténose et on la rencontre plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. Signalons également qu'il est rare que des malades atteints de cette affection extrêmement grave parviennent à l'âge adulte. Le pourcentage de co-existence de mégacolon et de mégarectum est variable selon les auteurs : 4 à 5% pour certains, 20% pour Boppe. Robert Simonot écrivait dans sa thèse (Paris, 1936) : « la dilatation du rectum ne se voit pas dans tous les cas de mégacolon, il est parfois intact. Mais il n'est pas rare cependant de le rencontrer ».

Nous avons résumé une observation de Raoul Labbé et de Mlle S. Aizières, publiée en 1923 : un enfant de 4 ans, présentant une maladie de Hirschprung complète, congénitale, avec mégacolon, mégasigmoïde et mégarectum important. On notait tous les signes de l'affection : une constipation opiniâtre, existant depuis la naissance, un météorisme considérable, une atteinte importante de l'état général. Il n'y avait aucune modification au niveau de l'anus : pas de spasme.

III. — Mégarectums secondaires.

Cette catégorie de mégarectums est beaucoup moins importante. Elle est la conséquence de la lutte que fournit le rectum pour franchir l'obstacle qui s'oppose au passage du bol fécal.

Les causes susceptibles de l'engendrer sont multiples. Elles peuvent être anatomiques : c'est le rétrécissement congénital réalisé par l'imperforation anale ; anomalie qui a pu être constatée dans quelques cas de mégarectum associés ou non à des mégacolons. A côté du rétrécissement congénital, on peut faire figurer le rétrécissement acquis, consécutif à une intoxication, une infection ou un processus tumoral, mais absolument exceptionnel chez l'enfant.

Les causes peuvent également être physiologiques, telles qu'un spasme. Chez l'enfant, le spasme anal est une cause fréquente de constipation et on a pu constater chez certains d'entre-eux, porteurs de mégacolon et de mégarectum, un spasme anal très important. Il ne s'agit pas dans ce cas de véritable maladie de Hirschprung, dans laquelle on ne trouve pas d'obstacle anatomique qui puisse expliquer l'augmentation de calibre des portions intestinales sus-jacentes.

IV. — Mégarectums fonctionnels.

L'idée de l'intervention d'un trouble nerveux dans la pathogénie du mégacolon a été soutenue, à l'origine, par Bing et Heybrock. Ishikawa, en 1922, reproduisit expérimentalement un mégacolon chez les chats ; Loutsch, en 1934, partant des mêmes principes, produisit des mégarectums chez des chiens. A la suite des expériences faites, la dilatation du colon et du rectum fut rapportée, dans de nombreux cas, à un trouble neuro-musculaire de la paroi intestinale. Bing admit un déséquilibre entre les deux innervations motrices du colon : sympathique et parasympathique. Heybrock admit une paralysie intestinale. De toute façon, il s'agit d'une lésion de la voie motrice de l'intestin.

A quoi sont dues ces lésions ?

Nous verrons qu'il est des cas où il est possible de rapporter l'affection à une cause déterminée, mais qu'il en est d'autres où l'on ne peut mettre en évidence nulle étiologie. C'est ce qui nous permettra de diviser l'étude de ces mégarectums fonctionnels en deux grandes classes :

1° — Megarectums symptomatiques.

2° — Megarectums essentiels.

A) *Megarectums Symptomatiques*

On peut rencontrer des mégarectums associés à des mégasigmoïdes ou des mégacolons, parfois même à un véritable « gigantisme viscéral » :

1° — *A la suite d'intoxications :* l'administration prolongée d'un toxique tel que la morphine, l'héroïne, la cocaïne, la codéïne ou l'atropine entraîne une lésion du système vago-sympathique, d'où une réaction fonctionnelle rectale et colique.

Siegmund et Fehsenmeier ont constaté une ectasie importante de l'estomac avec dilatation de tout le colon et du rectum chez un parkinsonnien traité par l'atropine à haute dose. Dans ces cas, l'action pharmacodynamique des opiacés sur le système sympathique et parasympathique explique aisément l'affection.

2° — *Après atteinte des centres nerveux.* Finkelstein rapporte l'observation d'un mégarectum associé à un mégacolon, chez un enfant qui succomba d'une syphylis grave de l'axe cérébro-spinal, avec paralysie de la vessie, du rectum et du plancher pelvien.

Paessler cite le cas d'un mégacolon, d'un mégarectum, d'une méga-vessie, chez un enfant présentant des lésions de la mœlle et du cerveau.

Feltkamp également rapporte deux cas chez des sujets atteints de lésions de la mœlle épinière, ainsi que Hess et Faltischeff qui cite un cas de mégarectum après une plaie de la mœlle.

Pendé et Pici signalent un mégacolon avec mégarectum chez un enfant qui présente des gliomes diffus de la mœlle.

3° — *A la suite de troubles endocriniens.* Les observations en sont nombreuses.

Friedlung a observé un malade présentant un mégarectum et un mégacolon dus à une atrophie du corps thyroïde.

Janet et Nobécourt rapportent un cas de mégarectum chez un enfant myxœdémateux. En voici l'observation :

« Il s'agissait d'un enfant de 13 ans et demi, présentant tous les signes de myxœdème (faciès infiltré, lèvres épaisses, crâne assez volumineux, cheveux clairsemés, taille inférieure à la moyenne, retard intellectuel net) auxquels se joignaient des signes de mégarectum : constipation opiniâtre, augmentation du volume du ventre. La rectoscopie révéla la présence d'un mégarectum que l'examen radiographique confirma, décelant également une dilatation très importante de la partie terminale du colon ».

Les rapports entre mégarectum et insuffisance thyroïdienne s'expliquent aisément quand on étudie l'influence des extraits thyroïdiens. La constipation des myxœdémateux, la diarrhée des basedowiens sont bien connues. Pour Tinel, les extraits thyroïdiens sont des stimulants à prédominance sympathique : on comprend donc, qu'une diminution de sécrétion thyroïdienne, entraîne une diminution du tonus colique et rectal.

En résumé toutes les causes, si diverses soient-elles, maladie infectieuse, maladie nerveuse, intoxication, inuffisance tyroïdienne ou parathyroïdienne, et qui déterminent d'une façon durable et intense, un déséquilibre vago-sympathique, peuvent se compliquer de mégacolon et mégarectum.

B) *Megarectums essentiels*

A côté de ces megarectums symptomatiques où le déséquilibre nerveux est secondaire à une cause évidente, il en est d'autres, ou, aucune cause dans l'état actuel de nos connaissances, ne peut être invoquée. Les travaux brésiliens récents font jouer un rôle à l'avitaminose B dans l'étiologie de ces affections.

De nombreuses observations peuvent être relevées, qui ne sont pas des maladies de Hirschprung, mais des mégacolons fonctionnels, où il n'est pas possible de trouver une cause. Le Professeur Leriche cite un cas de mégacolon, mégavessie, mégarectum et méga-uretère. Il signale également une mégacolon s'accompagnant d'une double hydronéphrose.

Nous avons donc essayé d'établir une classification des mégarectums, en nous basant sur les observations que nous avons recueillies. Nous avons pu constater qu'il existait des mégarectums isolés, mais qu'ils étaient l'exception. La plupart du temps, le mégarectum se présente associé à un mégacolon et essentiellement à un mégasigmoïde.

Symptomatologie et Diagnostic

Avant d'entreprendre l'étude de la symptomatologie du mégarectum, nous avons crû utile de donner un aperçu des résultats obtenus par Loutsch, en créant expérimentalement des mégarectum chez les chiens. (Thèse, Paris, 1934).

Les expériences portèrent sur 6 chiens. Chez tous ces animaux, la section des 2 nerfs pelviens donna des résultats concordants.

1°) *Résultats Cliniques.* — Dans les jours suivant l'intervention le chien présenta une constipation opiniâtre. Les selles très dures furent émises tous les 2 ou 3 jours. « On se rend compte que cette constipation est due à une gêne de la défécation, car on constate que le chien s'accroupit souvent et pousse, sans parvenir à expulser des matières ». D'autre part, associée à cette constipation, l'auteur nota une dysurie considérable. La palpation de l'abdomen révéla la présence d'un globe vésical énorme, qui au bout de quelques semaines amena une miction par regorgement: il y avait donc paralysie. La constipation persistait encore 6 mois après l'intervention.

2°) *Résultats Radiologiques.* — Les examens radiographiques pratiqués au bout de 15 jours à 3 semaines révélèrent une dilatation manifeste du rectum, et de la portion terminale du colon descendant.

Nous nous proposons d'étudier les signes cliniques de l'affection, puis d'examiner les moyens qui nous permettront de confirmer le diagnostic.

1° Signes cliniques

I) *Dans le cas de mégarectum isolé.* Ne possédant pas d'observation personnelle de mégarectum isolé, nous devons nous reporter aux 3 observations que nous avons résumées. Les résultats des 2 observations du Professeur Bard sont contradictoires. Dans le premier cas, il s'agit d'un malade présentant une constipation opiniâtre, alors que la seconde observation nous montre un sujet atteint de ce que Bard désigne sous le nom de « pollakicoprose » c'est-à-dire: fréquence anormale des selles. La conclusion de Bard, comparant les 2 cas observés était: « la diarrhée doit faire penser au mégarectum plus que la constipation ». La 3e observation, publiée par R. Bonneau, signalait une constipation habituelle, accompagnée d'une volumineuse tumeur abdominale.

Il est malaisé de déterminer quel est le signe majeur du mégarectum en ne se basant que sur les 3 observations signalées. Il semble bien cependant, en examinant les résultats obtenus par les expérimentateurs Japonais et par Loutsch, que la présence d'un mégarectum s'accompagne d'une constipation importante. Il est possible également, de constater la présence d'une tumeur plus ou moins importante.

II) *Dans le cas où le mégarectum est associé à un mégacolon* qu'il s'agisse d'un mégacolon fonctionnel ou d'une maladie de Hirschprung, ou même qu'il soit secondaire à un spasme anal. La symptomatologie dans ces différents cas, ne diffèrera pas de celle des mégacolons en général, c'est-à-dire constipation et météorisme abdominal.

Envisageons rapidement les 2 grands signes:

— La constipation est constante et s'accroît progressivement. C'est un signe capital. Le plus souvent elle cède aux laxatifs, aux purgatifs ou aux lavements huileux pratiqués avec une longue sonde pour agir sur le mégacolon associé. Mais ce n'est souvent qu'au bout de plusieurs jours que l'on obtient une débâcle de matières. Certains malades n'ont une selle que tous les 3 ou 4 jours et jamais une selle spontanée. On note même chez certains des périodes de constipation de plusieurs semai-

nes. Osler a vu un enfant qui n'avait eu jusqu'à l'âge de 7 ans que 5 ou 6 selles spontanées. Ces périodes de constipation sont entrecoupées de débâcles formidables, souvent accompagnées de coliques. A l'opposé, il n'existe pas de rétention pour les gaz, qui sont émis fréquemment et en grande abondance.

Des phénomènes généraux accompagnent cette constipation : céphalée, anorexie, amaigrissement ; parfois même : faciès plombé, traits tirés, yeux excavés, pouls rapide.

— La distension abdominale est beaucoup plus pathognomonique du mégacolon que du mégarectum. Nous n'en parlerons pas ; notons seulement que la compression des vaisseaux par la dilatation rectale peut entraîner un léger œdème du scrotum et des membres inférieurs, parfois de la paroi.

Nous avons jugé utile de reproduire l'observation de Bensaude, d'une maladie de Hirschprung complète avec un énorme mégarectum, survenue chez un garçon de 16 ans. Chez ce sujet, il y avait un signe cardinal : la constipation, qui faisait défaut et d'autre part un ensemble de symptômes qui tendaient à orienter le diagnostic vers une affection gastrique ou duodénale. Ce malade avait présenté une encéphalite et on notait des troubles de la croissance. Les repas étaient suivis d'une digestion lente et pénible, accompagnée de crises douloureuses très violentes que terminaient des vomissements alimentaires et des « éructations en salves ».

Cela nous montre, par conséquent que la constipation qui est le signe majeur de l'affection peut faire défaut dans certains cas, et la maladie peut revêtir une forme atypique qui égare le diagnostic.

Mais il est, cependant, un certain nombre d'examens qui nous permettront de faire le diagnostic de mégarectum dans les cas douteux, ou de confirmer celui-ci dans les cas ou la clinique aura permis de le soupçonner.

2° Examens complémentaires
Diagnostic du mégarectum

Nous devrons pratiquer un toucher rectal, une rectoscopie, un examen radiographique après lavement baryté.

— *Le Toucher Rectal* permettra de constater une augmenta-

tion de volume de l'ampoule rectale. Mais fréquemment, cet examen permet de percevoir la présence d'un fécalome énorme occupant toute l'ampoule.

— *La Rectoscopie* est pour Bensaude le procédé de choix pour apprécier la dilatation du rectum.

En voici la technique : le sujet sera en position genu-pectorale. Nous empruntons à Bensaude le passage suivant : « Le rectoscope étant introduit jusqu'à 10 cms de l'anus, on fait toucher successivement à l'extrémité de l'instrument la paroi droite, puis la paroi gauche du rectum ; on mesure le chemin parcouru par l'autre extrémité du rectoscope et un calcul facile donne le diamètre horizontal de l'ampoule rectale. On répète cette manœuvre dans le plan vertical, mais, le résultat ainsi obtenu, est moins exact à cause des courbures que présente le rectum ; on obtient, de ce fait, une section oblique au lieu d'une section droite de l'intestin. En procédant ainsi, nous avons obtenu chez un de nos malades une circonférence de 30 cms, alors que Quénu et Hartmann indiquent comme circonférence normale : 8 à 16 cms.

Le rectoscope montre une muqueuse qui peut être rouge, légèrement vascularisée, ulcérée par endroits. D'ailleurs il est souvent difficile d'apprécier son état d'une façon parfaite, car elle est souvent tapissée de matières fécales. Le rectum se présente sous forme d'une poche énorme où le rectoscope peut être manœuvré en tous sens.

— *L'examen Radiographique* doit se pratiquer après administration d'un lavement baryté.

Il peut être une source d'erreurs :

— d'une part, si un obstacle siège au-delà de l'ampoule ou si le lavement est administré sous trop forte pression, le rectum peut se laisser distendre, au point de simuler un mégarectum ;

— d'autre part, malgré la présence d'un mégarectum, le lavement opaque peut également passer rapidement dans le colon sigmoïde sans distendre l'ampoule rectale.

C'est dire que nous devrons prendre un certain nombre de précautions pour pratiquer l'administration du lavement de

bouillie barytée : l'injection doit se faire sans pression. Nous n'insisterons pas sur les signes radiographiques qui sont pathognomoniques : à la place du canal étroit que l'on note chez les sujets normaux, le film révèlera la présence d'une poche parfois énorme, très dilatée. La quantité de bouillie nécessaire pour remplir le rectum pourra dans certains cas être considérable, plusieurs litres, parfois.

Ayant étudié les moyens qui nous permettent de diagnostiquer l'affection, nous n'insisterons pas sur l'évolution de celle-ci. Elle présente, tantôt des phases d'aggravation à la suite d'une rétention prolongée, tantôt des phases d'amélioration après une débâcle abondante. Dans les formes totales de dilatation de tout le gros intestin et du rectum, la croissance est souvent touchée et l'évolution se fait rapidement vers la mort. Celle-ci est souvent hâtée du fait d'une infection intercurrente telle qu'une broncho-pneumonie.

La seule complication locale est l'occlusion qui se produit du fait de la stase prolongée, secondaire à l'atonie rectale, et du fécalome. On a signalé également la possibilité de rectite.

Le signe clinique essentiel du mégarectu mest donc la constipation par atonie de l'ampoule rectale et perte de l'irritabilité du rectum. Pour confirmer le diagnostic, nous utiliserons la rectoscopie et l'examen radiologique après lavement baryté, qui montreront la dilatation de l'ampoule rectale.

Mais il est un point sur lequel il convient d'insister. Fréquemment le diagnostic de mégarectum ne se fera qu'en cours d'intervention pour colectomie ou sigmoïdectomie, ou même à la suite d'intervention. Il s'agit de sujet atteint de mégacolon chez qui l'on pratique une colectomie, par exemple, ce qui ne guérira pas, de façon définitive le malade, en raison du mégarectum associé.

Il peut s'agir également, comme va nous le montrer l'observation suivante, de sujet présentant un volvulus du sigmoïde, à qui l'on pratique une sigmoïdectomie, qui ne fait pas disparaître la constipation par suite du mégarectum.

Le diagnostic de mégarectum est facile à porter, mais il faut toujours penser à le rechercher, en présence de mégacolon ou de megasigmoïde.

Observation

(communiquée par M. le P^r^ agrégé DIEULAFÉ)

Homme de 48 ans présentant de la constipation chronique. Le sujet présente de temps en temps des crises douloureuses abdominales. L'examen est pratiqué pour un accident aigü : le diagnostic de volvulus aigü du sigmoïde est porté.

On constate un état général satisfaisant mais un arrêt absolu des matières et des gaz. L'abdomen est très distendu mais on peut percevoir un ballon ovoïde, très volumineux ! Il y a impossibilité à administrer un lavement.

Le lavement opaque montre un arrêt au-dessus d'une ampoule rectale dilatée : aspect en « bec crochu » de la zone où s'arrête le lavement. Au-dessus, bien que la baryte ne l'ait pas imprégné, mais grâce à la distension gazeuse, tout le colon sigmoïde est visible et se révèle extraordinairement allongé et dilaté, et remplissant la majeure partie de la cavité abdominale.

L'intervention est pratiquée : le diagnostic de volvulus aigü du sigmoïde est confirmé. Après détorsion du colon sigmoïde, on en pratique la résection. L'adossement est maintenu par plusieurs points de suture des 2 segments restants. On note alors les dimensions considérables du rectum.

Les suites opératoires sont normales : toute les matières s'écoulent par l'anus iliaque gauche.

Trois semaines après : cure extra-péritonéale de l'anus iliaque gauche. Huit jours après, on note l'apparition d'une fistule par laquelle les matières passent abondamment.

Cependant, un mois après, alors que la fistule est du calibre d'un crayon, aucune selle n'a été émise par l'anus. Un tou-

cher rectal montre la présence d'une énorme masse de matières accumulées et desséchées.

On pratique la dilatation anale sous anesthésie générale, suivie de l'extraction des matières fécales.

Malgré la mise en œuvre de laxatifs, de lavements et malgré toute la bonne volonté du malade, aucune selle n'est émise par les voies naturelles. Un mois après, nous trouvons encore un nouveau fécalome dans le rectum. Malgré une nouvelle extraction de celui-ci, la situation reste la même et le sujet se refuse à toute nouvelle tntative opératoire pour remédier à ce mégarectum inerte.

Traitement du Mégarectum

La thérapeutique du mégarectum est la partie la plus difficile de cette étude. Nous nous sommes rendus compte en effet que, quelle que soit la symptomatologie de l'affection, nous possédions des moyens, essentiellement l'examen radiologique, qui nous permettaient de diagnostiquer très aisément le megarectum. A l'opposition de cette facilité de diagnostic à condition de penser à le rechercher, le megarectum se caractérise par sa grande difficulté thérapeutique.

Le problème se posera différemment selon la forme clinique de l'affection à laquelle nous aurons affaire.

1). *Dans le cas de MEGARECTUM ISOLÉ.* — Si la dilatation du rectum est la seule que nous rencontrions, chez un individu présentant un état général satisfaisant, si l'affection se caractérise par des signes cliniques importants (constipation opiniâtre ou présence d'une tumeur volumineuse) après avoir éliminé toute cause susceptible d'engendrer cette dilatation, il semble que nous devions avoir recours à la chirurgie, malgré toute la difficulté opératoire et les dangers que l'intervention présente.

Nous devrons pratiquer une exérèse rectale avec conservation du sphincter de l'anus.

Nous n'insisterons pas sur cette éventualité, étant donné le caractère vraiment exceptionnel de cette affection à l'état isolé.

R. Bonneau, à la séance de la société de chirurgie de Paris du 21 Octobre 1942 avait signalé un cas de megarectum avec malformations des ligaments utero-sacrés, que nous avons résumé. Voici quel fut le traitement chirurgical qu'il appliqua à sa jeune malade :

« Le traitement fut le suivant : section entre 2 ligatures du ligament utero-sacré anormalement hypertrophié. On tend alors le rectum vers le haut pour l'allonger et on le fronce, par 2 colonnes de surjet à la soie fine, colonnes dont on fixe la partie basse au péritoine, sur le côté gauche du petit bassin, en arrière de l'uretere et les ligaments infundibulo-pelviens. De cette façon, la moitié inférieure dú rectum est maintenue toute droite et attachée au devant du sacrum. Quant à la partie supérieure, elle est également ramenée à de justes proportions par le double surjet, mais on la laisse flottante dans le grand bassin, endroit où sa distension, si elle se reproduisait, n'aurait sans doute de grands inconvénients. Les suites opératoires furent régulières. L'opérée, se trouvant parfaitement bien, a jugé inutile le lavement baryté sous l'écran que je lui ai demandé 2 mois après l'opération ».

Cette intervention qui semble avoir donné de bons résultats chez cette malade est certainement impossible lorsque la dilatation et la longueur du rectum atteignent des dimensions démesurées. Dans ces cas, c'est donc à l'exérèse rectale que nous devons avoir recours.

2). *Si le MEGARECTUM est SECONDAIRE* à un spasme anal par exemple, la thérapeutique n'offre pas de difficultés. Le traitement de l'affection primitive (la levée de l'obstacle) amènera la sédation des troubles observés.

3). Nous étudierons immédiatement le traitement des megarectums que nous avons qualifié de *SYMPTOMATIQUES*, nous réservant l'étude des megarectums lors de maladie de Hirschprung, et des megarectums associés aux mégacolons dits « essentiels » et dont l'étude sera plus ardue.

En effet, dans le cas de megarectum survenant chez un myxœdémateux, dans le cas d'affection nerveuse, ou à la suite de l'administration prolongée d'un toxique, le premier traitement à instituer sera etiologique.

La suppression du toxique chez un morphinomane amènera la guérison ; le traitement d'un megarectum chez un myxœdemateux sera essentiellement opothérapique.

Mais si ce traitement se révélait inefficace ou insuffisant, il

conviendrait de faire appel aux traitements qui ont pour objet de lutter contre le déséquilibre vago-sympathique résultant de ces diverses affections. Nous insisterons, dans le chapitre suivant, sur ces interventions sympathiques.

4). Nous envisagerons enfin *tous les cas de megarectums associés à des MEGACOLONS, qu'il s'agisse de maladie de Hirschprung ou de megacolons essentiels.*

Nous énumèrerons les moyens de traitement et en exposerons la technique, nous ferons ensuite la critique de ces moyens d'après les avis des auteurs et leurs observations, nous établirons enfin la conduite à tenir, c'est-à-dire le choix des moyens.

a) Moyens de traitement et technique

Nous étudierons successivement :

— Les moyens chirurgicaux.
— Les sphinctérotomies.
— Les interventions sympathiques.

1). *Interventions Chirurgicales.* — Dans le cas de mégacolon ou megasigmoïde, les interventions chirurgicales proposées sont la sigmoïdectomie ou la colectomie plus ou moins étendues, à la demande des lésions.

La conclusion des rapports du 12e Congrès de Pediatrie de langue Française fut l'indication de la colectomie dans le cas de maladie de Hirschprung, chez l'enfant.

Dans les cas de mégarectum associé au mégacolon, la sigmoïdectomie et la colectomie pourront être pratiquées. Nous examinerons les résultats obtenus et ce qu'il faut en penser.

Il y aura place également pour la colectomie élargie ou même totale, suivie d'iléo-rectostomie. L'idéal, évidemment est de pratiquer la resection de toute la portion dilatée, et cela nous conduit aux résections du rectum avec abouchement du grêle à l'anus.

Signalons que dans les cas de megarecto-sigmoïde, traités par la sigmoïdectomie, l'incongruence des 2 bouts, fatale dans pareil cas, est une condition défavorable au succès de la suture bout à bout : il faut donc opérer en plusieurs temps.

2). *Sphinctérotomies et Interventions Sympathiques.* — Avant d'entreprendre l'étude des interventions portant sur le système sympathique, nous avons jugé nécessaire de faire un rappel de l'innervation du rectum.

INNERVATION DU RECTUM

Les nerfs du rectum proviennent du plexus hypogastrique, qui est situé dans la concavité sacrée. Ce plexus a une constitution extrêmement complexe. Il continue les différents plexus nerveux, s'étageant le long de la face antérieure de l'aorte.

Empruntant la terminologie de Hovelacque, nous rencontrons :

1°) *le plexus intermésentérique ;*

2°) *le plexus mésentérique inférieur ;*

3°) *le plexus hypogastrique supérieur :* il fait suite au plexus intermesentérique, un peu au-dessous de l'origine de l'artère mesentérique inférieure.

On le désigne sous le nom de « nerf présacré » de Latarjet ou de plexus interiliaque de Delmas et Laux. Il s'étend de l'origine de l'artère mésentérique inférieure jusqu'à la hauteur de la première vertèbre sacrée où elle se divise en 2 plexus terminaux : les plexus hypogastriques inférieurs. D'ordinaire, les nerfs intermésentériques droit et gauche s'unissent à 1 ou 2 cms au-dessous de l'origine de l'artère mésentérique inférieure. Le plexus reçoit les rameaux sympathiques des trois premiers ganglions lombaires (splanchniques lombaires). *Pour certains auteurs, ces nerfs se borneraient à l'innervation sympathique du rectum, et non pas du colon gauche.*

4°) *le plexus hypogastrique inférieur,* encore appelé ganglion hypogastrique, ganglion de Lee et Frankenhauser, est formé par une vaste lame nerveuse, oblique, en bas et en avant. L'ensemble des 2 plexus forme un fer à cheval, ouvert en bas et en avant, entourant le rectum et s'étendant jusqu'à la vessie. Dans ce plexus, viennent se jeter :

— Les racines du plexus honteux : elles sont très importantes et ont été décrites sous des noms les plus variés (nerfs

érecteurs, splanchniques, pelviens, nerf parasympathique périnéal de Delmas et Laux). Il vaut mieux désigner ces racines sous le terme de NERF PELVIEN. Ces nerfs, au nombre de 5 ou 6, se détachent des branches antérieures des nerfs sacrés, en général, des 2e et 3e, parfois du 4e.

— Les racines nées de la chaîne sympathique sacrée : 2 ou 3 rameaux nés des 2e et 3e ganglions sacrés.

— Le plexus hémorroïdal supérieur, qui donne un gros faisceau pléxiforme au plexus hypogastrique inférieur.

Le plexus hypogastrique donne des branches collatérales à tous les viscères pelviens : à l'uretère, à la vessie, à la prostate, aux vésicules séminales, au canal déférent, chez l'homme ; chez la femme, à l'utérus et au vagin. Les seuls qui nous intéressent sont les nerfs du rectum. Au nombre de 3 ou 4, ils abordent la face latérale du rectum et le pénètrent. Latarjet les classe en 3 groupes :

— Le groupe supérieur gagne la face supérieure du rectum et s'anastomose avec celui du côté opposé.

— Le groupe moyen pénètre dans la face latérale.

— Le groupe inférieur est constitué par un petit filet qui gagne la face antérieure.

Mais souvent, des filets du nerf splanchnique pelvien gagnent directement le rectum, formant des anastomoses à sa surface avec les branches du plexus hypogastrique inférieur. De même, quelques filets de la chaîne sacrée peuvent aborder directement le rectum. Tous les nerfs que nous venons d'étudier, en examinant le plexus hypogastrique, n'appartiennent pas au même système.

L'innervation du rectum est double :

— D'une part, elle est sympathique par les filets qui lui viennent du plexus hypogastrique (filets provenant de la chaîne sympathique pré-vertébrale, par l'intermédiaire des rami-communicantes).

— D'autre part, elle est parasympathique par l'intermédiaire du nerf pelvien, désigné également sous le nom de nerfs érecteurs.

Au niveau du plexus, les filets sympathiques et parasympathiques sont mélangés, et il n'est pas possible de les reconnaître microscopiquement. Il faut rechercher leur origine.

Pour les auteurs classiques, le nerf pelvien innerverait non seulement le rectum, mais aussi le colon jusqu'à la valvule iléo-cœcale. Cet avis n'est pas partagé par tous les auteurs : pour certains, le nerf pelvien serait uniquement le nerf parasympathique du rectum, et le colon serait innervé par le pneumogastrique. Pour Delmas, le rectum recevrait également une partie de son innervation parasympathique, de quelques branches terminales du pneumogastrique.

Quoiqu'il en soit, le rectum possède du point de vue anatomique une innervation autonome, formée essentiellement par des filets sympathiques provenant du plexus hypogastrique, à l'exception du nerf pelvien, d'origine parasympathique.

Classiquement, on attribue aux 2 systèmes nerveux décrits un rôle particulier. Le sympathique et le parasympathique sont antagonistes :

— Le sympathique est un inhibiteur de la fonction motrice. L'excitation de ces filets entraîne la contracture du sphincter de l'anus et des régions sphinctériennes et le relâchement des fibres coliques et rectales avec diminution de la tonicité musculaire.

— Le parasympathique, au contraire, à une action excito-motrice. L'excitation des fibres parasympathiques entraîne un relâchement des sphincters et une contraction des fibres coliques et rectales, avec augmentation de tonus.

L'idée dominante des interventions nerveuses est, en supprimant l'action du sympathique, de favoriser l'action du parasympathique, c'est-à-dire d'augmenter le tonus de la paroi rectale, et de diminuer la tonicité sphinctérienne.

L'étude de cette pathogénie conduit à 2 hypothèses :

— D'une part, il peut s'agir d'hypersympathicotonie, qui produit une inhibition de la motricité rectale.

— D'autre part, d'un affaiblissement de l'influx moteur créant une hypertonie permanente des sphincter lisses.

Dans le premier cas, on aura recours aux sympathectomies,

et, dans le second cas, aux dilatations sphinctériennes et aux sphinctérotomies.

1°) *Dilatations Sphincteriennes et Sphincterotomies.*

Ces interventions neuro-musculaires sont logiques en vertu de la théorie pathogénique, selon laquelle la diminution de l'influx parasympathique provoque l'hypertonie permanente des fibres lisses d'action sphincterienne.

Hurst, l'auteur de la théorie générale de l'achalasie, avait déjà proposé la dilatation aux bougies du sphincter interne de l'anus: il appliquait quotidiennement, durant plusieurs heures, des bougies de calibre croissant.

Ce sont les chirurgiens Brésiliens, Correira Netto et Etzel qui, les premiers, ont préconisé la myotomie du sphincter lisse du rectum. Ces auteurs recommandent les sections chirurgicales extra-muqueuses du sphincter interne de l'anus, dans le cas de megarectum (signalons également que ces auteurs pratiquent la section du sphincter pelvi-rectal dans le cas de mégasigmoïde).

La technique personnelle de Netto consiste à sectionner tout d'abord le sphincter externe, puis le sphincter interne de l'anus jusqu'à ce que la muqueuse soit visible.

2°) *Interventions Sympathiques.*

Le but des opérations nerveuses est de supprimer l'action du sympathique pour favoriser celle du parasympathique, qui est essentiellement tonique. Nous avons vu que le rectum semble posséder une innervation propre mais si l'on se place sous l'angle de la chirurgie physiologique, cette innervation du rectum est inséparable de celle des colons.

— *Rachi-anesthésie.* — Elle peut être utilisée pour révéler la pathogénie de l'affection, mais peut aussi avoir un rôle thérapeutique, en exagérant le péritaltisme et en provoquant la débâcle souvent salutaire pour le malade.

— *Infiltrations Sympathiques et Splanchniques.* — La technique de l'infiltration du sympathique lombaire est excessive-

ment simple: On opère au moyen d'une aiguille longue de 10 à cms, enfoncée à 2 travers de doigt chez l'enfant, 4 chez l'adulte, en dehors de la ligne médiane épineuse, à la hauteur de l'apophyse de la première vertèbre lombaire; l'aiguille dirigée obliquement en dedans, passe sous l'apophyse transverse et atteint le flanc du corps vertébral. On la retire, alors, légèrement, puis on enfonce de 1 à 2 cms en rasant le corps vertébral. On vérifie s'il ne vient pas de sang et injecte 20 ccs de novocaïne à 2%, non adrénalinée.

Le meilleur test de la réussite de l'intervention est le réchauffement des jambes, avec l'augmentation de l'amplitude oscillométrique.

Les auteurs préconisent 5 ou 6 injections, à raison de 2 par semaine. Nous pouvons associer à ces infiltrations sympathiques, des infiltrations des splanchniques.

— *Chirurgie Sympathique.* — Les interventions chirurgicales portant sur les différents constituants du système sympathique sont nombreuses. Elles peuvent consister en section des splanchniques, en ramisection lombaire bilatérale, en résection bilatérale de la chaîne lombaire. Rankin et Learmonth ont pratiqué la résection combinée du plexus hypogastrique et du plexus mésentérique inférieur. L'opération d'Adson consiste en la résection bilatérale de la chaîne lombaire et du présacré.

L'étude de l'innervation du rectum nous a montré qu'elle provenait essentiellement du nerf présacré.

Voici la technique de l'opération de Rankin et Learmonth, empruntée à Gatelier et Merle d'Aubigné.

« On pratique une incision médiane au-dessus et au-dessous de l'ombilic, de 15 cms de long environ. Le malade est placé en position de Trendelenburg. Une valve sus-pubienne refoule l'intestin en haut et à droite. Le colon gauche est récliné. On voit sur la saillie vertébrale et à travers le péritoine postérieur, la bifurcation aortique. Si le péritoine est mince, on voit par transparence les rameaux nerveux descendant sur la face antérieure du rectum. On cherche à la partie supérieure le bord inférieur de la 3e portion du duodénum, en arrière duquel se trouve l'origine de l'artère mésentérique inférieure. En isolant

l'artère, on trouve les petits rameaux nerveux qui descendent sur la face antérieure de l'aorte. Rankin conseille alors d'isoler le nerf présacré, de le sectionner au-dessous de la bifurcation aortique, et de remonter, tendant ainsi la racine interne du plexus mésentérique inférieur. Après avoir sectionné cette dernière, on peut dégager la racine externe qui contourne le bord externe de l'artère et réséquer 1 à 2 cms du plexus, situé en avant de l'artère mésentérique ».

b) Critique des Moyens de Traitement

1°) *Moyens Chirurgicaux.*

L'observation que nous avons reproduite nous a montré un malade chez qui la sigmoïdectomie n'a pas amené de sédation de la constipation, en raison de la présence d'un megarectum important où les matières stagnent sans que le sujet ne puisse arriver à les expulser.

La plupart des auteurs pensent que ceci est la règle et Jacques Leveuf fai remarquer que : « Chez certains opérés, bien que l'anastomose des 2 bouts colique et rectal soit largement perméable, la persistance du megarectum rend les exonérations difficiles et incomplètes. Les accidents d'obstruction intestinale se reproduisent et au cours de ces poussées, il n'est pas rare de voir se rouvrir des fistules au niveau de l'incision de colectomie ». Ch. Clavel écrit : « Après resection du megacolon, le megarectum crée des difficultés techniques de rétablissement de la continuité. Mais ce qu'on voit ensuite souvent, c'est la réapparition de la constipation par stagnation des matières dans l'ampoule rectale. J'ai vu ainsi se former, malgré la résection du megacolon d'énormes stercoromes de l'ampoule rectale ».

De même, pour Boppe, la présence d'un megarectum associé à un megacolon est une contre indication de la colectomie : « La co-existence d'un megarectum et d'un megacolon complique singulièrement la thérapeutique. L'existence d'énormes fécolomes remplissant cette vaste cavité atone sans péristaltisme utile peut expliquer à elle seule les échecs de la colectomie

segmentaire sigmoïdienne ou même de l'hemicolectomie gauche que nous pratiquons le plus habituellement, après nous être assurés que le colon droit est seulement atteint d'une dilatation rétrograde avec intégrité des parois. La rétention après sigmoïdectomie peut s'expliquer par l'atonie du megarectum, par la sténose de l'anastomose colo-rectale, par l'atonie du côlon qui rend insuffisante la vis à tergo. De plus la suture recto-sigmoïdienne est difficile et dangereuse quand il y a megarectum ».

Il existe, cependant des observations témoignant d'une guérison fonctionnelle parfaite, dans des cas de megarectosigmoïdes traités par la sigmoïdectomie ou la colectomie.

MM. Ch. Moreau et Sebileau citent 2 jeunes garçons, présentant un megarectum associé à un megasigmoïde, guéris par la résection du sigmoïde, bien que les examens radiographiques pratiqués à la suite de l'intervention montrent la persistance d'une ampoule rectale considérablement augmentée de volume, mais n'entraînant aucun trouble.

M. Quenu ajoute une 3e observation : une jeune fille de 18 ans présentait depuis l'enfance une incontinence totale de l'anus avec selles liquides. Elle avait en outre une communication assez large du rectum avec le vagin. Le traitement consista, après extraction du fécalome, en une extériorisation du megasigmoïde, avec résection type Quénu-Cruet suivie ultérieurement d'une suture. Le périnée fut refait et la communication recto-vulvaire supprimée. Le résultat fut excellent et se maintint longtemps après. Mais ce résultat fonctionnel heureux ne correspondait pas aux images radiologiques qui montraient la persistance d'une dilatation rectale et colique.

Pour Mialaret, les troubles après résection sigmoïdienne proviendraient de ce que celle-ci n'a pas été poussée suffisamment vers le bas.

Limasset, dans sa thèse sur le traitement chirurgical des megacolons, cite le cas d'un malade présentant un megasigmoïde avec un énorme fécalome et une dilatation considérable de l'ampoule rectale. Un colectomie en 2 temps, amena une guérison fonctionnelle mais « le malade n'éprouve pas le besoin de la défécation ».

Pour Quénu, le fécalome rectal est beaucoup moins à redouter après la colectomie totale qu'après la colectomie sigmoïdienne. Cela peut s'expliquer par le fait qu'à la suite de colectomie totale suivie d'iléo-rectostomie, les matières émises sont très fluides, et ne stagnent pas dans l'ampoule rectale. A la longue, cependant, il peut y avoir un échec et l'on devra alors faire appel à la résection du rectum, avec abouchement du grêle à l'anus. Morestin, en 1910, rapportait l'observation d'un de ses malades présentant une dilatation énorme de tout le colon jusqu'au plancher pelvien, presque à la terminaison du rectum. Il anastomosa la dernière anse de l'iléon avec l'ampoule rectocolique, le plus bas possible et pratiqua l'exclusion de tout le segment du gros intestin compris entre son origine et la dilatation, en sectionnant l'iléon au voisinage du cœcum et en fermant les 2 bouts. A la suite de cette intervention le sujet fut considérablement amélioré, présentant une ou deux défécations par jour de matières pâteuses, assez fermes, quoique non moulées.

2°) *Sphincterotomies:*

Les dilatations du sphincter de l'anus, soit par bougies soit manuelles, telle que les pratiquait Fullerton, sont trop traumatisantes. Signalons que ces essais de dilatation du sphincter lisse, qui ont donné quelques bons résultats, sont différents de la dilatation du sphincter strié, proposée et exécutée depuis longtemps. Les succès durables obtenus par la simple dilatation du sphincter strié (cas de Lardennois) sont peut-être dus à la dilatation concommittante du sphincter lisse.

Beaucoup plus intéressante, semble la thérapeutique de Correira Netto et Etzel.

Plusieurs observations témoignent des bons résultats obtenus grâce à la sphincterotomie :

I. — Observation de Etzel. — Homme de 28 ans, présentant un megasigmoïde associé à un megarectum. Sous rachi-anesthésie on pratique une sphincterotomie anale. Un examen ra-

diologique, un mois après, montre une réduction considérable de la dilatation colique et rectale.

II. — Homme de 61 ans, atteint de megarecto-sigmoïde. Sphincterotomie pelvi-rectale donne un résultat insuffisant, par persistance du megarectum. On pratique une myotomie du sphincter inter de l'anus: guérison complète et après 3 mois: intestin normal à la radio.

III. — Observation de Boppe (Rapport au Congrès des Pédiatres de langue Française en 1938). – B., garçon de 8 ans, présentant une constipation chronique. Tous les 15 ou 20 jours, crises douloureuses de la fosse iliaque gauche. Abdomen ballonné. La radio montre un megacolon et un megarectum. L'auteur pratique une myotomie du sphincter interne de l'anus. Selles spontanées au 12e jour. Ensuite, selles quotidiennes et spontanées.

Pour Etzel, la section du sphincter donne des résultats à la sympathectomie.

3°) *Interventions Sympathiques.*

La rachi-anesthésie ne sera utilisée que comme test possible de l'efficacité des opérations sympathiques. Si, à la suite de la rachi-anesthésie, on obtient une évacuation rapide du lavement baryté on peut escompter un bon résultat de la sympathectomie.

Résultats des infiltrations sympathiques et splanchniques.

Desjacques et Gignoux citent le cas d'un homme de 41 ans, présentant un énorme megarectosigmoïde: « l'ampoule rectale contient plus d'un litre de baryte. Elle occupe toute l'excavation pelvienne. L'ampoule se continue avec l'S iliaque allongée et dilatée, mais à un degré beaucoup moindre ».

Le traitement consista en des infiltrations sympathiques lombaires (à diverses hauteurs) et splanchniques. Ces infiltrations répétées amenèrent une guérison fonctionnelle parfaite mais « un nouveau lavement baryté montre que la dilatation de l'ampoule rectale n'a pas changé ».

A propos de cette observation, Ch. Clavel signale la difficulté du traitement chirurgical dans le cas de megarectum. « L'emploi de la therapeutique sympathique m'ont permis d'obtenir des résultats satisfaisants ».

P. Conte, dans sa thèse (Paris, 1943), cite un cas de megadolichocolon, avec megarectum, guéri par 2 séries d'infiltrations splanchniques.

Les infiltrations sympathiques et splanchniques semblent donc donner de bons réultats dans certains cas, mais il faut signaler que l'on peut noter parfois des échecs.

Chirurgie du Système Sympathique

La section des 2 splanchniques, préconisée par Leriche, peut donner d'excellents résultats. A. Morel (Lyon Chirurgical, 1944), rapporte un cas de megacolon infantile avec megarectum, guéri par cette intervention.

On peut faire le reproche aux rami-sections et aux gangliectomies, de ne pas atteindre toutes les fibres sympathiques se rendant au rectum.

L'intervention qui semble la plus logique et la plus susceptible d'amener des résultats satisfaisants, est l'opération de Rankin et Learmonth, puisqu'elle consiste en la résection du nerf présacré, dont la destinée est pelvienne. Signalons que cette intervention qui agit sur la vessie et sur les organes génitaux ne paraît pas avoir d'inconvénients chez la femme, mais que chez l'homme, elle peut provoquer des troubles de l'éjaculation. Gatelier et Merle d'Aubigné ont traité un jeune malade présentant un énorme megacolon avec megarectum par cette méthode. Ils obtinrent un résultat excellent.

Pour ces auteurs, la co-existence de megacolon et de megarectum est une contre-indication formelle de la colectomie.

c) Choix des Moyens: Conduite à tenir

Nous avons examiné les différents traitement proposés en nous basant sur les avis des auteurs et sur leurs observations. Bien que pour la plupart, la présence d'un megarectum soit

une contre-indication aux interventions chirurgicales (sigmoïdectomie ou colectomie), malgré la gravité de l'intervention et la difficulté opératoire, *il y a place pour les colectomies totales, suivies d'iléo-rectostomies*. Cette intervention, grâce à la fluidité des matières qui arrivent dans le rectum, est susceptible de remédier aux troubles fonctionnels du megarectum. En cas d'échec, c'est à la résection du rectum et à l'abouchement de l'intestin grêle à l'anus que l'on devra faire appel.

La sphincterotomie, intervention comparable à l'opération de Hêller dans le mega-œsophage, mais dont un seul cas (Boppe) a été publié en France, donnera-t-elle d'aussi beaux résultats que la cardiotomie extra-muqueuse ? Les résultats publiés sont en trop petit nombre pour que l'on puisse juger de l'efficacité de la méthode.

Quant aux interventions sympathiques, qu'il s'agisse d'infiltrations ou de resection du plexus hypogastrique, si elles donnent parfois d'excellents résultats, du point de vue fonctionnel, elles se soldent aussi parfois par des échecs.

Mais, ces échecs ne sont-ils pas dus à ce que l'on intervient trop tard ? L'insuccès n'est-il pas causé par le fait qu'on agit sur un rectum qui n'est plus qu'un sac inerte, à paroi scléreuse ?

La thérapeutique des cas de mégacolon où il existe un mégarectum associé, est particulièrement difficile, d'une part en raison des échecs possibles des interventions sympathiques, d'autre part à cause de la gravité des interventions chirurgicales et de la difficulté opératoire.

Conclusion

Cette étude du megarectum nous permet de tirer les conclusions suivantes :

1°). Le mégarectum à l'état isolé est une affection excessivement rare, mais on le rencontre fréquemment associé au mégacolon et au mégasigmoïde, qu'il s'agisse d'affection congénitale (Maladie de Hirschprung), de mégacolon secondaire ou de megacolon fonctionnel (symptomatique ou essentiel).

2°). L'affection se caractérise essentiellement par une constipation opiniâtre et le diagnostic peut se faire facilement au moyen du toucher rectal, de la rectoscopie et de l'examen radiographique après lavement baryté.

3°). La thérapeutique du megarectum est particulièrement difficile. Il ne semble pas qu'il faille rejeter complètement la chirurgie rectale. La colectomie large ou totale paraît, grâce à la fluidité des matières qui arrivent dans le rectum, rémédier aux troubles fonctionnels du megarectum. On pourra, de plus, s'adresser aux sphinctérotomies (préconisées par l'Ecole Brésilienne), et aux interventions sympathiques (infiltrations lombaires et splanchniques ; résection combinée du plexus hypogastrique et du plexus mésentérique inférieur, type Rankin et Learmonth) qui peuvent donner des résultats satisfaisants.

Le Président de Thèse :
VIRENQUE.

Vu : *le Doyen ;*
LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer :
TOULOUSE, le 13 Juin 1949.
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN.

Bibliographie

Asteriades. — Sur le traitement chirurgical du mégacolon en dehors de la colectomie. (*Archives des maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition;* T. 3, N° 12, Janvier-Février 1946, p. 32).

Bard. — Mégarectum: dilatation idiopathique d'origine congénitale. (Clinique publiée dans la *Semaine Médicale;* 30 Novembre 1910; XXX, 565-569).

Bard. — De la fréquence anormale des selles ou pollakicoprose, dans le mégarectum. (*Archives des maladies de l'appareil digestif;* Paris, 1916-1917, IX, 233-247).

Bonneau. — Mégarectum avec malformation des ligaments utéro-sacrés. (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris;* N° 13, séance du 21 Octobre 1932).

Chapelet. — Colectomie totale du mégacolon. (*Thèse,* Paris 1948).

Conte. — Traitement neuro-chirurgical du méga-dolichocolon. (*Thèse,* Paris, 1943).

Desjacques et Gignoux. — Mégarectum. (*Société de Chirurgie de Lyon;* Séance du 1er Février 1945, in-8: *Lyon Chirurgical,* T. 40, N° 4, Juillet-Août 1945. p. 537-538).

Dupérié, Roques et Vielle. — Sur un cas de mégarectum chez un nourrisson. (*Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 1924-1925, p. 189-201).

Etzel. — La sphincterectomie partielle comme opération complémentaire dans la cure du mégacolon. (*Journal de Chirurgie,* T. 49, N° 2, Février 1937, p. 304).

Fontaine. — Un cas de colectomie totale après échec d'une colectomie partielle pour mégacolon. (*Presse Médicale,* N° 47, 24 Novembre 1945, p. 643).

Gatellier et Merle d'Aubigné. — (*Archives des maladies de l'appareil digestif;* Juillet 1935, T. 25, N° 7, p. 68).

Hepp et P. Petit. — Colectomie totale pour maladie de Hirschprung après échec d'une double sympathectomie lombaire et une hémicolectomie gauche. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie,* N°s 7, 8 et 9, p. 213-217, séance du 12 Mars 1947).

Jaworski. — La dilatation rectale. (*Congrès Français de Médecine*, Paris, 1912-1913, XIII, 177-179).

Labbé et Mlle Aizières. — Dilatation congénitale du colon chez un enfant de 5 ans. (*Archives des Maladies de l'appareil digestif*, Avril 1925).

Lelong, R. Joseph et Mme Poncet. — Mégacolon congénital, microcœcum et fécalome, chez un nouveau-né. (*Archives Françaises de Pédiâtrie*, T. III, N° 3, 1946, p. 266-267).

Leriche. — Résultats de la colectomie dans le mégacolon. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, N° 12-13, séance du 23 Avril 1947, p. 288-289).

Liefrinck, Van Lookeren, Campagne et T.-M. Mesdag. — Un cas de mégacolon congénital traité par dilatation du sphincter de l'anus. (*Nederl. Tijdschr. V. Geneeskunde*, T. LXXXV. N° 6, Février 1941, p. 564-565, In: *Journal de Chirurgie*, T. 57, N° 6, 1941, p. 516-517).

Lignac. — Un cas de mégarectum. (*Bulletins et Mémoires Soc. Radiol., Mém. de France*, Paris 1921, IX, 161-163).

Limasset. — Traitement chirurgical du mégacolon. (*Thèse*, Paris, 1935).

Loutsch. — Système neuro-végétatif du rectum; Pathogénie du mégarectum. (*Thèse*, Paris, 1934).

Moreau et Sebileau. — Deux cas de mégarecto-sigmoïdes traités par la sigmoïdectomie. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 71-91, Février-Mars 1945).

Morestin. — Dilatation idiopathique du colon et du rectum. (*Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, Paris, 1910; N. S., XXXVI, p. 362-365).

Nalpas Rolande. — Mégacolons Fonctionnels. (*Thèse*, Paris, 1942).

Nonecourt et Janet. — Mégarectum chez un enfant myxœdemateux. (*Bulletin Société de Pédiâtrie*, Paris, 1925, XXIII, p. 526-529).

Suner et Raventos. — Sur les effets de dilatation du rectum et de la vessie et leur oenduction par les nerfs pelviens. (*Société de Biologie de Barcelone*, séances des 29 Juillet et 12 Octobre et 9 Novembre 1931).

IMPRIMERIE FORESTIÉ
23, Rue de la République, Montauban
— 1949 —